

AUTOCERTIFICAZIONE ai sensi del DPR n. 445/2020



**TAMPONE
FACILE.IT**



PIVELAB
centro analisi cliniche
www.pivelab.it
CORATO

COMPILARE A STAMPATELLO IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE
(DATI NON LEGGIBILI O ERRATI POTREBBERO NON FAR EMETTERE GREEN PASS)

Codice fiscale, STP o ENI		
Green Pass = Scegli Tipologia di documento di identità	☐ Carta di Identità	☐ Passaporto
	☐ Patente di Guida	☐ Altro documento
Identificativo documento	NUM _____ scadenza ____ / ____ / ____	
Nome		
Cognome		
Data e luogo di nascita	____ / ____ / ____ Luogo _____	
Indirizzo Domicilio		
Comune Domicilio		
Numero telefonia mobile		
e-mail		
Presta il consenso alla trasmissione a mezzo posta elettronica del referto che lo/la riguarda	☐ SI ☐ NO	

MOTIVO DELLA RICHIESTA	☐ motivi di viaggio ☐ motivi di lavoro ☐ Tampone di controllo post quarantena o isolamento.
-------------------------------	--

TIPOLOGIA DI TAMPONE RICHIESTO	☐ RAPIDO RICERCA ANTIGENE ☐ MOLECOLARE PCR REAL TIME ☐ RAPIDO RICERCA ANTIGENE 3A GENERAZIONE
PAZIENTE ALL'ATTO DEL TAMPONE	☐ SINTOMATICO ☐ ASINTOMATICO
SINTOMI	☐ malessere/stanchezza/dolori muscolari ☐ febbre ☐ tosse ☐ perdita gusto/olfatto ☐ difficoltà respiratorie ☐ dolori addominali/diarrea/vomito ☐ ALTRO: _____
In gravidanza	☐ Si ☐ No ☐ info non disponibile

COMPILA ALTRO LATO
!! OBBLIGATORIO COMPILAZIONE COMPLETA!!





TAMPONE
FACILE.IT



PIVELAB
centro analisi cliniche
www.pivelab.it
CORATO

COMPILARE A STAMPATELLO IN MANIERA CHIARA E LEGGIBILE
(DATI NON LEGGIBILI O ERRATI POTREBBERO NON FAR EMETTERE GREEN PASS)

Si è sottoposto al vaccino Anti Covid-19?	☐ SI ☐ NO
Se Si, ultima dose effettuata	Num dose _____ in data ____/____/____
Negli ultimi 15 giorni, ha effettuato test molecolare e/o antigenico per ricerca del Sars-CoV2?	☐ SI ☐ NO
Se Si esito tampone e data esecuzione	☐ positivo ☐ negativo data ____/____/____
Negli ultimi 7 giorni, ha avuto contatti a rischio con un caso sospetto o confermato di infezione da Sars CoV2?	Si il ____/____/____ ☐ no

E' in possesso del Certificato Medico di Esenzione Vaccinale	☐ SI ☐ NO
PATOLOGIE CRONICHE	☐ SI ☐ NO
SE PRESENTI PATOLOGIE CRONICHE, SPECIFICARE	

Il sottoscritto _____ consapevole delle responsabilità penali per dichiarazioni non rispondenti a verità, dichiara di trovarsi nelle condizioni previste dal decreto legge n. 229/2021 del 30 dicembre 2021.

Data: ____/____/____

Firma _____

**IN CASO DI PAZIENTI MINORENNI DA COMPILARE
TUTELA DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto NOME COGNOME _____

☐ in qualità di interessato

in qualità di: ☐ genitore ☐ tutore ☐ amministratore di sostegno

☐ altro _____ di _____

dichiara di aver preso visione del documento contenente le Informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi della normativa comunitaria (Regolamento UE 2016/679) e della normativa nazionale vigente in materia e conferma la piena conoscenza delle indicazioni quivi contenute. Nella consapevolezza che il proprio consenso è puramente facoltativo oltre che revocabile in qualsiasi momento,

☐ Presta il consenso

☐ Nega il consenso

Data: ____/____/____

Firma _____

COMPILA ALTRO LATO
!! OBBLIGATORIO COMPILAZIONE COMPLETA!!

